

KEAKURATAN KODE DIAGNOSA UTAMA DOKUMEN REKAM MEDIS PADA KASUS PARTUS DENGAN SECTIO CESAREAN DI RUMAH SAKIT PANTI WILASA CITARUM TAHUN 2009

Eko Arifianto¹⁾, Lily Kresnowati²⁾, Dyah Ernawati²⁾

¹⁾ Alumni Fakultas Kesehatan UDINUS

²⁾ Dosen Fakultas Kesehatan UDINUS
dyahernawatikhanza@yahoo.co.id

ABSTRACT

ACCURACY OF PRIMARY DIAGNOSIS CODE IN MEDICAL RECORDS IN CASE OF DELIVERY BY CESAREAN SECTION IN PANTI WILASA CITARUM HOSPITAL YEAR 2009

Primary diagnosis should be coded in accordance with ICD 10 coding rules, in order to generate qualified data and information of health. Coding officer at Panti Wilasa Citarum Hospital sometimes did not using the morbidity coding rules correctly at the time of primary diagnosis coding. Officers only encodes a particular classification. This study aims to determine the accuracy of primary diagnosis codes in medical record documents in the case of parturition (delivery) with sectio cesarean in Panti Wilasa Citarum Hospital year 2009.

This study is using descriptive method, with cross sectional's approach., Population of this study is all medical record documents in case of cesarean sectio during year 2009, which sample counted 74 documents.

The result of the study found that officers are not yet using ICD 10 coding rules as expected, and this study showed that the inaccurate code is found in 50 documents (67,57%) and 24 documents were accurate (32,43%).

The conclusion of this study is that coding process at Panti Wilasa Citarum Hospital Semarang is not in accordance with coding rules, therefore it is necessary to improve the accuracy of primary diagnosis codes on medical record documents by applying the coding rules of ICD 10.

Keywords : ICD 10 coding rules, Accuracy primary diagnosis code

PENDAHULUAN

Rumah sakit mempunyai tugas dan fungsi utama sebagai tempat pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Selain itu rumah sakit dapat digunakan sebagai pelayanan rujukan medik yang mempunyai fungsi utama menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan kesehatan juga berfungsi sebagai tempat pendidikan dan penelitian dan salah satu faktor yang mendukung upaya tersebut adalah penyelenggaraan rekam medis.

Rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesa, pemeriksaan, diagnosa, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien yang dilakukan di unit rawat jalan termasuk unit gawat darurat dan rawat inap.

Diagnosa adalah suatu penyakit atau keadaan yang diderita oleh seorang pasien yang menyebabkan seorang pasien memerlukan atau mencari dan menerima asuhan medis atau tindakan medis (medical care)^[2]. Diagnosa utama yang spesifik akan memudahkan dalam menentukan kode diagnosa utama, kode diagnosa utama merupakan kombinasi huruf dan angka yang mewakili sebutan suatu diagnosa utama. Keakuratan kode diagnosa utama memberikan pengaruh yang penting dalam proses pencatatan indeks penyakit dan laporan rumah sakit, yang nantinya juga akan berpengaruh dalam pengambilan keputusan dalam pembangunan kesehatan.

Dokter dan petugas koding sangat berperan penting dalam menentukan keakuratan kode diagnosa utama. Dokter diharapkan menuliskan diagnosa yang lengkap dan jelas di lembar RM1 (lembar masuk keluar) hal ini dimaksudkan agar petugas koding mudah dalam menentukan kode diagnosa utama yang akurat sesuai aturan morbiditas koding ICD-10. oleh sebab itu petugas koding harus mempunyai

pengetahuan tentang pemberian kode diagnosa utama sesuai aturan morbiditas.

Rumah sakit Panti Wilasa Citarum merupakan rumah sakit tipe C, dalam menyelenggarakan rekam medis rumah sakit tersebut telah menggunakan sistem komputerisasi, termasuk juga di bagian Koding/Indeksing. Sistem komputer ini memberikan manfaat lebih khususnya dalam hal kecepatan pelayanan rekam medis, baik dalam merekam maupun mencari dan menampilkan kembali data yang sudah disimpan. Dalam hal pengkodean dan pengindeksan, rumah sakit Panti Wilasa Citarum menggunakan tenaga lulusan DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, tapi petugas terkadang tidak menggunakan aturan koding morbiditas dengan benar pada saat pengkodean penyakit. Petugas hanya mengkode berdasarkan klasifikasi tertentu, misalnya untuk semua kasus partus dengan operasi sectio cesarean di kode 082.9 tanpa melihat indikasi lain yang terdapat dalam dokumen rekam medis, bahkan terkadang kode tersebut tidak sesuai dari diagnosa utama pada lembar RM 01, Sehingga pemberian kode 082.9 tersebut terkadang tidak akurat berdasarkan aturan koding morbiditas.

Ketidak akuratan tersebut terbukti pada hasil survei awal terhadap 10 lembar dokumen rekam medis dengan kode 082.9 yang diambil secara acak. Dari 10 dokumen rekam medis tersebut terdapat dokumen rekam medis dengan diagnosa utama induksi gagal yang seharusnya diagnosa tersebut diberi kode 061.9. dan diagnosa letak sungsang seharusnya diberi kode 032.1.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif yaitu pengamatan terhadap obyek penelitian untuk memperoleh gambaran atau keadaan sebenarnya sedangkan metode yang digunakan adalah metode observasi,

pendekatan yang digunakan cross section yaitu pengumpulan data variabel yang dilakukan pada saat bersamaan.

Variabel dalam penelitian ini adalah akurasi kode diagnosa utama dokumen rekam medis rawat inap kasus partus dengan sectio cesarean.

Pemilihan dokumen berdasarkan diagnosa utama pada dokumen rekam medis kasus partus dengan *sectio cesarean* dengan jumlah populasi sebanyak 74 dokumen, pada tahun 2009.

Data yang sudah terkumpul dan diolah kemudian dianalisis, dengan menggunakan analisis deskriptif yaitu dengan menggambarkan tingkat akurasi kode diagnosa utama dokumen rekam medis sesuai dengan keadaan sebenarnya tanpa melakukan uji statistik.

HASIL PENELITIAN

1. Tingkat keakuratan kode diagnosa utama partus dengan sectio cesarean

Hasil penelitian dari total populasi sejumlah 74 dokumen. Jumlah kode diagnosa utama yang akurat sebesar 24 dokumen dan jumlah kode diagnosa utama yang tidak akurat sebesar 50 dokumen dalam dokumen rekam medis rawat inap pada tahun 2009.

2. Prosentase tingkat akurasi kode diagnosa utama partus dengan sectio cesarean.

Berdasarkan data tersebut diatas didapatkan angka prosentase tingkat keakuratan dokumen rekam medis rawat inap yang diteliti sebesar:

Kode akurat =

$$= \frac{\text{Kode diagnosa utama yang akurat} \times 100\%}{\text{Populasi yang diteliti}}$$

$$= \frac{24 \times 100\%}{74}$$

$$= 32,43 \%$$

Kode tidak akurat =

$$= \frac{\text{Kode diagnosa Utama Tidak Akurat} \times 100\%}{\text{Populasi yang diteliti}}$$

$$= \frac{50 \times 100\%}{74}$$

$$= 67,57 \%$$

Tabel 1. Kode diagnosa utama partus dengan sectio cesarean Akurat dan tidak akurat

Total Populasi	Jumlah kode diagnosa utama akurat	Jumlah kode diagnosa utama tidak akurat
74	24	50

Tabel 2 Daftar prosentase kode diagnosa utama partus dengan sectio cesarean akurat dan tidak akurat.

Total Populasi	Jumlah kode diagnosa utama akurat	Jumlah kode diagnosa utama tidak akurat	Total f
jumlah	24	50	74
prosentase	32,4	67,57	100

Dengan demikian dapat diketahui hasil prosentase keakuratan kode diagnosa utama dokumen rekam medis rawat inap berdasarkan ICD -10 di rumah sakit Panti Wilasa Citarum yaitu sebanyak 32,43% dokumen akurat dan 67,57% tidak akurat.

PEMBAHASAN

Berdasarkan atas hasil pengamatan di rumah sakit Panti Wilasa Citarum Semarang didapatkan informasi sebagai berikut :

1. Tingkat akurasi kode diagnosa utama

Dalam pelaksanaan koding terhadap diagnosa utama di rumah sakit Panti Wilasa Citarum belum menggunakan aturan koding morbiditas ICD 10, hal ini terlihat pada pemberian kode 082.9 pada dokumen rekam medis kasus partus dengan sectio cesarean. Dalam aturan koding ICD 10 kode O80 – O84 hanya bisa digunakan sebagai kode primer jika tidak terdapat indikasi lain yang terklasifikasi pada bab XV. Sebagai contoh indikasi adanya ketuban pecah dini pada kasus sectio cesarean seharusnya dikode O42.0 karena ketuban pecah dini tersebut merupakan indikasi yang tercantum dalam bab XV yang bisa menyebabkan dilakukannya bedah caesar.

Dari hasil penelitian juga dijumpai jenis kesalahan kode yang lain, yaitu pemberian kode sesuai diagnosa utama yang tercantum pada lembar RM1 tanpa melihat bahwa diagnosa tersebut merupakan indikasi atau komplikasi pada kasus persalinan. Kesalahan ini terjadi pada dokumen rekam medis nomor 404500 dan 381704. Dokumen rekam medis 404500 dengan diagnosa infertilitas primer diberi kode N97.9 dan dokumen rekam medis 381704 dengan diagnosa dekom akut diberi kode I51.9. kode N97.9 dan I51.9 tersebut salah karena kode N dan I tersebut bukan merupakan kode untuk kasus persalinan. Kode tersebut benar jika diagnosa dekom akut dan infertilitas primer pada dokumen rekam medis tersebut bukan merupakan

indikasi atau kasus non persalinan. Dengan kata lain kode tersebut benar jika dekom akut dan infertil primer tersebut merupakan diagnosa yang menyebabkan penderita dirawat.

Selain itu ada kesalahan kode pada lembar RM1 dimana kode yang diberikan tidak lengkap atau kurang spesifik. Kesalahan ini terjadi pada dokumen rekam medis nomor 396172, dokumen tersebut diberi kode 042, kode tersebut kurang lengkap tanpa karakter ke empat agar lebih spesifik untuk memberikan keterangan tentang onset persalinan pada indikasi ketuban pecah dini dalam kasus persalinan. Untuk lebih akurat maka pemberian karakter ke empat sehingga menjadi 042.0

Pemberian kode oleh petugas juga masih kurang konsisten, sebagai contoh dokumen rekam medis nomor 396172 dan 386698, dua dokumen tersebut pada lembar RM1 dicantumkan diagnosa utama yang sama yaitu induksi gagal, tetapi kode yang diberikan berbeda yaitu 082.9 untuk dokumen rekam medis 386698 dan 042 untuk dokumen rekam medis 396172. padahal dalam lembar riwayat penyakit sangat jelas bahwa ketuban pecah dini adalah indikasi dilakukannya sectio cesarean.

Ada juga dokumen rekam medis dengan diagnosa yang berbeda diberi kode yang sama. Contohnya dokumen rekam medis nomor 221583 dengan diagnosa bekas *sectio cesarean* dan nomor 388978 dengan diagnosa induksi gagal. Kedua dokumen rekam medis tersebut diberi kode yang sama yaitu 082.9

Karena beberapa kesalahan tersebut maka dari hasil penelitian 74 dokumen rekam medis didapatkan jumlah kode yang tidak akurat lebih besar daripada kode yang akurat yaitu 50 dokumen rekam medis dengan kode yang tidak akurat dan 24 dokumen rekam medis dengan kode yang akurat

2. Tingkat prosentase akurasi kode diagnosa utama

Jumlah prosentase kode yang tidak akurat lebih besar dibanding dengan prosentase kode yang akurat, yaitu prosentase kode tidak akurat sebesar 32,43% sedangkan prosentase yang akurat sebesar 67,57%. Hal ini menunjukkan bahwa pada tahun 2009 di rumah sakit Panti Wilasa Citarum kode diagnosa utama kasus partus dengan sectio cesarean memiliki tingkat ketidakakuratan yang lebih tinggi dibanding yang akurat.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Kode diagnosa kasus partus dengan sectio cesarean sebanyak 24 dokumen rekam medis yang akurat dan yang tidak akurat sebanyak 50 dokumen rekam medis
2. Tingkat prosentase akurasi kode diagnosa utama kasus partus dengan sectio cesarean yaitu 32,43% akurat dan 67,57 % tidak akurat.

Saran

1. Kepada petugas koding disarankan agar menerapkan aturan koding ICD 10 untuk menghasilkan kode diagnosa utama yang akurat
2. Dalam pemberian kode diagnosa utama dilakukan dengan melihat diagnosa utama pada lembar RM 1 dan meneliti lembar-lembar rekam medis pendukung seperti resume, anamnesa dan perjalanan penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

1. Shofari, Bambang, Modul Rekam Medis Pelayanan Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro, Semarang, Tahun 2006. (tidak dipublikasikan)
2. Kresnowati, Lily, Modul KPT III Morbiditas, Universitas Dian Nuswantoro, Semarang. (tidak dipublikasikan)
3. Huffman, EK., Health Information Management, Apikes Dharma Lanbaw, Padang, 1999
4. Direktorat Jenderal Pelayanan Medis, Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia, Revisi I, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta, 1997
5. Kresnowati, Lily, Hand out ICD-10, Universitas Dian Nuswantoro, Semarang, 2005. (tidak dipublikasikan)
6. Arif, Mansjoer, Kapita Selekta Kedokteran, FKUI, Media Aesculapius, edisi 3, jilid 1, 2000
7. Notoatmojo, Soekidjo. Metodologi Penelitian Kesehatan, Edisi Revisi, Aneka Cipta, Jakarta 2005
8. Kresnowati, Lily, Modul KPT I General Coding, Universitas Dian Nuswantoro, Semarang. (tidak dipublikasikan)